

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

627

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DELVIN COURT André Léon Julien

Ancien interne des Hôpitaux de Reims

Né le 8 Août 1903, à Pierrepont-en-Laonnois (Aisne)

L'Acrodynie infantile dans la région de Reims

Président : M. LEREBOULLET, Professeur.

Éditions JEL

16, Rue Ernest Cresson

Paris

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DELVIN COURT André Léon Julien

Ancien interne des Hôpitaux de Reims

Né le 8 Août 1903, à Pierrepont-en-Laonnois (Aisne)

L'Acrodynie infantile
dans la région de Reims

Président : M. LEREBOULLET, Professeur.

Éditions JEL
16, Rue Ernest Cresson
Paris



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
BÉNARD (H.) ..	Pathologie médicale.
BERNARD (E.) ..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES. .	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN. . .	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neuro-psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLÉRY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CADENAT	Clinique chirurgicale. (suite)
AUBERTIN		HEITZ-BOYER..	
BRULE		MOCQUOT	
CHIRAY		MOURE	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER			
LIAN		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
		LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
		METZGER.	
BASSET	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de ma MERE.

A ma GRAND'MERE.

A mon PERE.

*En témoignage de toute mon affection et de
toute ma reconnaissance.*

A ma FEMME.

A tous les MIENS.

A mes AMIS.

A mon Président de Thèse, M. le Professeur LEREBoullet, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur d'Hygiène et de Clinique de la Première Enfance, à la Faculté de Médecine de Paris; Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés; Officier de la Légion d'honneur.

Respectueux hommage de reconnaissance pour le très grand honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

A M. le Docteur RAILLIET, Médecin des Hôpitaux
de Reims.

*Auquel nous devons nos heures hospitalières les
plus passionnantes et le meilleur de notre éduca-
tion clinique.*

Témoignage de profonde reconnaissance.

A. M. le Docteur René JACQUINET, Directeur de
l'Ecole de Médecine de Reims, Professeur de
Clinique Médicale.

*Qui fut notre initiateur et notre guide toujours
bienveillant.*

Hommage respectueux.

A M. le Docteur CATHALA, Médecin accoucheur de
l'Hôpital Saint-Louis.

*Qui nous a enseigné avec tant de science et de
charme l'Art des accouchements.
Sentiments de profonde et respectueuse grati-
tude.*

A mes MAITRES de l'Ecole de Médecine et de l'Hôtel-
Dieu de Reims.

A mes MAITRES de la Faculté de Médecine et des
Hôpitaux de Paris.

*Dont les exemples et les leçons revivront sous
tous les aspects de notre pratique médicale.*

A mes CAMARADES de Salle de Garde.

AVANT-PROPOS

Au seuil d'une carrière qui nous réserve peut-être bien des déboires et des désillusions, nanti d'un bagage scientifique dont nous ne nous exagérons ni l'importance, ni la vanité, pénétré surtout de la noblesse, de l'exceptionnelle utilité de la tâche qui va bientôt nous incomber, il nous est doux de rendre un public hommage aux artisans de notre formation médicale.

Tout d'abord, nous pensons à notre père, qui nous laisse l'exemple d'une incomparable dignité professionnelle :

Son amour passionné de la clinique, son goût du diagnostic précis, obtenu par des examens toujours approfondis, sa méticulosité dans la prescription thérapeutique, sa conscience intraitable; par-dessus tout, enfin, sa foi émouvante en la progression, en la grandeur de son art, foi que n'ont pas altérée près de quarante ans de médecine rurale... qui nous reprocherait de trop sacrifier à la piété filiale en les évoquant ici?

Reprendre le flambeau de telles mains, quel honneur et quelle responsabilité à la fois!

Notre gratitude émue va encore à nos Maîtres de l'Ecole et de l'Hôtel-Dieu de Reims, des Hôpitaux de Paris, aux

belles leçons, à la longue patience et au dévouement desquels nous sommes redevable d'être parvenu au but.

Qu'il nous soit permis de rendre un particulier hommage à notre vénéré maître, le Docteur Railliet, qui nous a dispensé avec générosité, au cours d'admirables leçons cliniques, un peu de son savoir immense, et auquel nous devons l'inspiration et le meilleur de cette thèse.

Les Docteurs Barraud, de Reims, et Eszra, d'Epernay, par les observations précieuses qu'ils nous ont apportées, ont également acquis des droits à notre reconnaissance : nous leur en renouvelons bien vivement l'expression.

INTRODUCTION

Le sujet que nous abordons dans cet opuscule n'est certes pas nouveau. Une multitude de travaux et de communications, des revues générales, quelques thèses ont révélé au grand public médical une affection réputée, il y a vingt ans encore, exceptionnelle, fossile ou même inexistante...

L'acrodynie infantile est une maladie à la mode, si nous osons dire. L'ère des tâtonnements a passé pour elle, du moins en ce qui concerne ses caractéristiques cliniques essentielles. Personne ne conteste plus l'entité « acrodynie infantile », toute réserve faite sur le choix de ce terme, généralement adopté maintenant.

Est-ce à dire que le praticien soit d'ores et déjà rompu au diagnostic, au dépistage d'une affection qui fait encore l'objet de tant de discussions passionnées? Non, bien sûr. Les soucis d'une clientèle absorbante lui interdisent trop souvent les longues méditations, les fructueuses lectures de cabinet. Méfiant par nature, il veut du solide, du tangible, de l'incontesté, les digressions savantes ne lui apportant guère de quoi œuvrer utilement, au fil de ses heures laborieuses et bien comptées.

Or, il faut bien dire que l'acrodynie infantile, si elle a

conquis sa place, son autonomie, au soleil de la clinique, demeure mystérieuse quant à son étiologie, sa pathogénie et — ce qui est plus grave — son traitement.

Notre ambition n'est pas, hélas ! de projeter la lumière dans cette obscurité. Nous vous proposons simplement :

1° d'apporter quelques observations à la moisson des observations déjà recueillies ;

2° de nous prévaloir d'un cas relativement atypique pour souligner la fragilité d'une conception pathogénique encore actuellement défendue.

Quand le praticien sera bien persuadé que l'acrodynie infantile n'est pas une maladie rare, qu'elle peut sévir à tout moment et à l'état endémique dans sa propre clientèle, qu'un petit nombre de signes capitaux, enfin, suffisent à la différencier de tout autre processus pathologique, son attention sera forcée et sa volonté définitivement acquise d'appréhender à la dépister.

Nous commencerons par rappeler brièvement les notions les plus généralement admises concernant l'acrodynie, moins avec la prétention de remanier ou d'enrichir un tableau clinique d'ores et déjà mis au point que pour faciliter la lecture de nos observations et de nos conclusions.

Dans ce but, nous ferons de larges emprunts aux divers ouvrages qui traitent de l'acrodynie et, principalement, à la monographie si complète, si objective, que lui a consacré le D^r Rocaz, de Bordeaux.

RAPPEL NOSOLOGIQUE

DÉFINITION

Rocaz définit ainsi l'acrodynie infantile :

« Affection, probablement infectieuse, du névraxe, atteignant d'une façon particulière le système végétatif et caractérisée par l'association des troubles psychiques, sensitifs, moteurs, vaso-moteurs et sécrétoires, ceux-ci déterminant des lésions cutanées d'aspect très particulier. »

Cette définition ne se prononce pas catégoriquement sur la nature intime de l'affection. Elle ne tente aucun effort pour en hiérarchiser les composantes cliniques.

Elle rachète en tout cas son imprécision par le parti arrêté qu'elle traduit de n'être point arbitraire et c'est pourquoi nous l'adoptons, à titre de solution d'attente.

ÉTIOLOGIE

Trois points caractérisent étiologiquement l'acrodynie :

1° Son affinité presque élective pour la seconde enfance.

2° Son épidémité à caractère sporadique.

3° Sa contagiosité nulle, ou très faible.

Affinité pour la seconde enfance :

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. On ne cite qu'un très petit nombre de cas ayant trait à des enfants âgés de plus de cinq ans.

En ce qui concerne les observations que nous avons recueillies, cette règle trouve une fois de plus sa confirmation puisque cinq de nos petits malades avaient respectivement 17 mois, 22 mois, 2 ans et demi, 3 ans et 4 ans à l'époque des premiers troubles constatés. « Ages auxquels se rencontrent également le rachitisme, la spasmophilie et la plupart des avitaminoses. » Jeannine (Obs. V), n'avait que 4 mois, ce qui prouve que la première enfance peut être touchée aussi.

Epidémité à caractère sporadique :

L'affection procède par « îlots », au sein d'une région relativement limitée : canton ou province.

Les îlots constatés sont généralement :

a) peu nombreux (quelques-uns, le plus souvent; quelques dizaines parfois; six en ce qui nous concerne, mais sous réserve, là comme ailleurs, d'un nombre plus ou moins important de cas non diagnostiqués) ;

b) rapprochés dans le temps, cette simultanéité — au moins relative — attestant leur caractère épidémique; c'est

ainsi que quatre de nos cas ont débuté ou évolué pendant l'année 1930;

c) non contigus, séparés les uns des autres par des centaines de mètres ou des kilomètres; d'où la notion d'une épidémie à caractère sporadique.

Trois de nos cas se situaient à Reims, mais dans des quartiers particulièrement distants; quant aux autres cas, ils furent respectivement observés à 6 km., à 20 km. et à 28 km. de Reims.

Contagiosité nulle, ou très faible :

Ce qui peut s'expliquer, si on admet *a priori* la nature infectieuse de l'acrodynie, par l'existence de très nombreux porteurs de germes, les sujets réceptifs étant seuls frappés. La non-contagiosité de l'affection ressort en tout cas de toutes nos observations.

Hormis à cette triade, l'acrodynie n'obéit à aucun facteur étiologique prouvé, constant :

Le rôle prédisposant des maladies infectieuses n'est pas suffisamment démontré par les faits :

Chez Michelle (Obs. III), nous noterons la succession d'une varicelle, d'une coqueluche, d'une angine fébrile et, enfin, d'une éruption généralisée avec état infectieux grave, avant ou pendant l'apparition des premières manifestations psychiques et acropathologiques.

Par contre, dans 4 cas sur 6 (Obs. I, II, IV et V), des troubles gastro-intestinaux ouvraient la scène, troubles qu'il

n'est peut être pas téméraire, par conséquent, d'intégrer dans la symptomatologie de l'acrodynie à forme commune.

L'influence du sexe (ici : 3 garçons et 3 filles), de la race, de l'alimentation (Henri, Marcelle et Jack ont été élevés au biberon, les autres au sein) s'avère à peu près nulle.

La notion de saison, par contre, semble à retenir. Presque toujours la maladie débute soit en hiver, soit au printemps, époque où l'on peut invoquer la carence solaire (?)

Nos cas ont débuté — au moins en apparence — en octobre, en décembre (2 fois), en février (2 fois) et en mars.

A lui seul le facteur saison suffirait à faire rejeter toute analogie avec la suette miliaire, qui apparaît dans les mois d'été (Railliet).

PATHOGÉNIE

En ce qui concerne la nature intime de l'affection, la controverse n'est pas terminée. Nous ne pouvons, dans ce cadre restreint, volontairement schématique, rappeler toutes les conceptions pathogéniques qui se sont opposées ou qui s'opposent encore.

Nous fondant sur l'opinion actuellement adoptée par presque tous les pédiâtres et principalement mise en lumière par Taco Kuiper, Lereboullet et Janet, nous nous arrêtons à la définition pathogénique suivante :

« L'acrodynie est une encéphalite à virus inconnu, réalisant une atteinte diffuse du névraxe et du système neuro-végétatif central, les lésions prédominant dans ce dernier, avec une prédilection pour la région infundibulo-tubérienne (centre mésocéphalique du sympathique) . »

Actuellement, l'hypothèse de l'origine infectieuse est donc la plus favorablement accueillie. Elle conserve cependant des détracteurs (Rietschel, Debré, etc.) dont nous pouvons résumer ainsi l'argumentation :

« L'acrodynie n'est pas d'origine infectieuse, car :

1° elle évolue sans fièvre;

2° elle n'entraîne pas de modifications du liquide céphalo-rachidien;

3° elle ne laisse pas de séquelles. »

Objections de poids, auxquelles les partisans de la théorie infectieuse opposent pourtant les considérations suivantes :

— On note souvent, au début de l'affection, une période brile, ainsi que des modifications du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose, avec albuminose) : Van Bogaert, Lelong et Odinet, Rocaz.

— Dans certains cas (voir observation III et V), l'hyperthermie est prononcée et dure pendant toute la maladie, sans que l'on puisse incriminer une complication.

Wycoff, Rocaz signalent aussi des cas fébriles.

— Des séquelles ont été observées.

MM. Debré et Cléret d'une part, Rocaz d'autre part, insistent sur la possibilité de séquelles psychiques et vasomotrices.

L'observation II en fournit un exemple : l'enfant est resté très coléreux.

Au sujet de l'observation III, nous verrons que des séquelles pigmentaires étaient encore visibles treize mois après la guérison.

Dans l'observation IV, nous noterons la persistance de l'albuminurie.

— Les autopsies se multiplient, dont les résultats corroborent l'opinion classique.

— Enfin, des intradermo-réactions se seraient montrées positives à certains vaccins microbiens (particulièrement au streptocoque).

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — Il est insidieux, trompeur. Un peu de rhinopharyngite ou de gastro-entérite, une période fébrile de 2 ou 3 jours sont souvent observés, que l'on rapporte aux infections les plus banales. Des modifications du psychisme, cependant, ne tardent pas à s'installer : perte de gaieté, irascibilité. Chez tous les enfants qui font le sujet de nos observations, nous retrouvons ces signes dès le début de la maladie. Plus tôt ils apparaissent, plus le diagnostic a des chances d'être précoce.

Etat. — Conformément et parallèlement à l'atteinte du centre mésocéphalique du sympathique; une notion domine le tableau clinique : l'alternance ou la coexistence de troubles sympathicotoniques et vagotoniques, réalisant une sorte de « dystonie végétative », suivant l'expression de Rocaz. Le névraxe étant touché aussi, bien que moins électivement, nous pouvons classer les symptômes de l'acrodynie en 2 catégories, comprenant :

D'une part, ceux qui dépendent d'une altération du système cérébro-spinal.

D'autre part, ceux qui dépendent d'une altération du système sympathique.

(Nous considérons cette classification comme une façon commode — sans plus — d'interpréter une symptomatologie particulièrement riche et touffue, sans nous dissimuler ce que l'opposition systématique des réactions sympathicotoniques et vagotoniques, par exemple, peut avoir de conventionnel et d'encore insuffisamment exploré.)

1) *Troubles dépendant d'une altération du névraxe :*

- Troubles mentaux, allant jusqu'à donner à certains cas graves l'allure de véritables psychoses.
- *Hypotonicité musculaire*, d'où extrémités ballantes, flaccidité anormale des muscles, troubles de la marche.
- Myoclonies (Rocaz).

2) Troubles dépendant d'une altération du système sympathique :

		SYMPATHICOTONIE	VAGOTONIE
Troubles Nerveux	psychiques	crises d'excitation irritabilité-phobie insomnie	perte de la gaieté, crises de dépression
	moteurs		fatigue, asthénie, céphalée.
	sensitifs	sensation de chaleur élançements douloureux dans les extrémités. hyperesthésie cutanée endolorissement diffus du ventre.	
	vaseo-moteurs		hyperaécration sudorale d'ou éruption sudorales, prurit, soif ardente, hydrorrhée nasale.
	réflexes		réflexes tendineux altérés.
	troubles circulatoires et sanguins	tachycardie hypertension	crise de cyanose, adénopathies, hyperleucocytosea humorales.
	troubles digestifs	anorexie-constipation sécheresse de la bouche, du pharynx, d'ou stomatite, pharyngite sèches qui accentuent encore la soif.	vomissements du début, diarrhée.
	tr. urinaires		polyurie, pollakiurie
	tr. respiratoires		hydrorrhée nasale catarrhe bronchique
	tr. sensoriels		catarrhe oculaire, photophobie
	tr. de l'état général.	amaigrissement	

3°) Troubles dont le substratum anatomique est plus difficile à différencier :

Tels sont les troubles de la nutrition :

Des phanères : chute des ongles (Obs. I, V), des poils, des dents.

De la peau (érythoedème, desquamation des extrémités; vésicules, bulles, placards, pigmentations anormales, suppurations, ulcérations...), troubles qui contribuent —

certain du moins — à réaliser le syndrome acropathologique dont nous allons parler.

DIAGNOSTIC POSITIF

Pour poser avec certitude le diagnostic d'acrodynie, il n'est pas nécessaire, heureusement, de faire état d'une telle profusion de symptômes. Plus ou moins accusés ou constants, ils confèrent d'ailleurs à l'affection un polymorphisme notoire.

Le trépied suivant constitue la meilleure assise, suffisante, à peu près constante, du diagnostic :

Troubles psychiques.

Insomnie.

Syndrome acropathologique.

1° *Troubles psychiques.*

L'enfant — il a de quatre mois à quatre ans dans nos observations — cesse de rire, de jouer, devient grognon, exigeant, irritable. Il sombre dans une tristesse lamentable, entrecoupée de plaintes ou d'accès de colère. Jack (Obs. VI), moins hargneux, se montrait par contre indifférent à tout ce qui l'entourait. — Chez les tout-petits, les altérations du psychisme sont naturellement plus frustes et plus difficiles à préciser : Jeannine, âgée de 4 mois (Obs. V), prit cependant un air triste, hagard — la tête rentrant comme peureusement dans les épaules — qui tranchait nettement avec sa mine antérieurement éveillée.

2° *Insomnie* :

Très rare dans la deuxième enfance, elle se montre ici d'une intensité, d'une ténacité singulières. Sauf chez Michelle (Obs. III), nous la retrouvons chez tous nos petits malades, et d'autant plus marquée que le prurit, la transpiration et la soif sont elles-mêmes accentuées.

3° *Syndrome acropathologique* :

Les mains et les pieds présentent :

a) *Des sueurs profuses* :

Non limitées, d'ailleurs, aux extrémités : dans toutes nos observations, nous les verrons baigner le corps tout entier.

b) *Une sensation d'humidité froide au toucher* :

Henri et Jeannine (Obs. I et V) avaient les mains et les pieds « glacés ».

c) *Des troubles de la sensibilité subjective* :

Fourmillements, sensation de brûlure : l'enfant recherche le contact du froid pour ses mains (Obs. II, IV et VI).

Prurit : il les frotte contre les objets rugueux (Obs. I, II, IV et VI).

Elancements douloureux : arrachant des cris (Obs. V).

d) *De l'érythrœdème* :

Doigts rouges et boudinés, paumes des mains et plantes des pieds épaisses, molles et rouges.

A part Jack (Obs. VI) qui avait les extrémités tuméfiées, mais de coloration normale, nous voyons les mains et les pieds de tous nos malades gonfler et rougir. L'œdème peut remonter assez haut sur les avant-bras (Obs. V), gagner la face, respecter la face palmaire des mains, la face plantaire des pieds (même observation). La coloration peut aller de la teinte cyanotique (Obs. I et V) au rose pâle (Obs. III). Elle peut n'affecter que les extrémités (Obs. I), y prédominer (Obs. IV), intéresser en outre une autre région très localisée (le nez dans l'Obs. II, la face et particulièrement les lèvres dans l'Obs. V), ou affecter au même degré d'autres parties étendues du corps (Obs. III et IV) ; ce qui, dans ce dernier cas, n'empêche pas l'existence des autres manifestations spécifiquement acropathologiques.

c De la desquamation :

Souvent à grands lambeaux, quelquefois furfuracée (Obs. V), peut faire suite à une éruption étendue, auquel cas elle est plus ou moins tardive et généralisée, tout en prédominant aux extrémités (Obs. III, IV et VI). — Parfois, au contraire, son apparition est contemporaine de celle de l'acroérythème, les deux symptômes évoluant parallèlement et rétrocedant de même (Obs. I). — Elle peut aussi être localisée aux doigts et aux orteils (Obs. V). — Chez Georges, le nez, qui avait pris la coloration des extrémités, se dépouille comme elles. — Chez Michelle,

les paumes et les plantes, macérées en masse, réalisent la « main de lessiveuse » typique.

En dehors de ces signes capitaux sont également très caractéristiques de l'affection :

4° *L'hypotonicité musculaire :*

Souvent très marquée; l'enfant ne tient plus sur ses jambes (Obs. I, II, III, IV et VI).

5° *Les troubles cutanés :* Pouvant présenter une acuité telle qu'elle les place au premier plan de la symptomatologie. Chez Henri, la première manifestation de la maladie est un impetigo bulleux qui dure une quinzaine de jours. Puis apparaît un érythème scarlatinoïde très prurigineux qui, par la suite, desquamera; l'examen révèle des papules péripilaires dont l'extrémité est parfois cornée. Vers le quatrième mois surviennent des pustules, des hématomes sous-épidermiques, des phlyctènes, de l'intertrigo, de l'ecthyma, des abcès et même un adéno-phlegmon. — Chez Georges se montrent dès le début des « clous de sang ». Puis on constate une éruption évoquant un hybride de scarlatine et de phtiriase, et des bulles. — Chez Michelle, les phénomènes éruptifs constituent, avec la fièvre, presque toute la maladie, simulant dès le début une rougeole. Chez Marcelle et Jack, éruptions morbilliformes. — Chez Jeanine, les éléments éruptifs — miliaires — n'ont pas dépassé les extrémités.

6° *L'amaigrissement et l'anorexie :*

Toutes nos observations en font foi — Jeannine « dévorait » bien, au dire de sa mère, mais il reste à savoir si elle ne manifestait pas ainsi uniquement sa soif, puisqu'elle était trop jeune pour absorber des aliments solides. Au surplus, elle maigrissait quand même énormément.

7° *L'absence de fièvre :*

Michelle cependant (Obs. III) fit une forme remarquablement fébrile, et Jeannine (Obs. V) fut sujette à des poussées, à des oscillations thermiques pendant toute la durée de sa maladie.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il est aisé quand on connaît les caractéristiques essentielles de l'acrodynie; leur ignorance seule a entraîné et entraîne encore d'innombrables et grossières erreurs de diagnostic.

Ne pouvant passer en revue toute la pathologie, nous nous contenterons de citer, parmi les sources possibles d'erreurs :

— L'encéphalite épidémique et la poliomyélite antérieure aiguë, affections à virus neurotrope comme l'acrodynie, avec laquelle certains auteurs les ont étroitement apparentées, voire même identifiées.

MM. Nobécourt, Hagueneau, Gouyen et Ducas ont signalé récemment trois nouveaux cas d'infection neuro-

trope chez l'enfant, prouvant l'intrication des symptômes de ces divers processus.

— Les fièvres éruptives, les éruptions diverses (Obs. I, II, III, V, VI).

— Les troubles digestifs banaux que nous avons rencontrés, soit seulement au début, soit persistant pendant l'évolution de l'acrodynie, dans cinq sur six de nos cas.

— L'érythème pernio, l'eczéma, les pyodermites banales, la maladie d'Hodgkin.

— La suette miliaire (Obs. I).

— La méningite tuberculeuse au début, à cause des troubles du caractère, de l'amaigrissement, de la photophobie.

— La paralysie diphtérique, la maladie de Raynaud, le syndrome de Morvan.

En somme, pour ne pas interpréter faussement des symptômes aussi nombreux et variables que ceux de l'acrodynie — et dont aucun, pris isolément, n'est pathognomonique de l'affection — un test est nécessaire : c'est le trépidé que nous venons de décrire, et dont nos observations illustrent indistinctement la constance.

ÉVOLUTION — PRONOSTIC

L'acrodynie procède irrégulièrement, par poussées. Elle peut rechuter (Obs. V). Sa durée moyenne est de six mois (trois mois chez Jack : durée la plus courte; un an chez

Jeannine : durée la plus longue), et la guérison sans séquelles est de règle (au chapitre pathogénie nous avons fait certaines réserves sur ce point, déduites de nos observations : nous n'y revenons pas).

Le pronostic est donc excellent dans les formes non compliquées, c'est-à-dire dans la majorité des cas. (Les complications respiratoires que nous avons noté chez Henri, Georges, Michelle et Jeannine étaient trop bénignes pour compromettre la guérison. Les pyodermites, répétées chez Henri, n'ont jamais non plus influencé défavorablement le pronostic.)

FORMES CLINIQUES

On a cité des formes frustes ;

des formes prolongées (Obs. IV et V) ;

des formes à rechutes (Obs. V) ;

des formes ganglionnaires (Obs. I) ;

des formes oculaires (Obs. V) ;

des formes cutanées (obs. III) ;

des formes purement nerveuses, complètes ou dissociées (Debré) ;

des formes motrices, paralytiques, sensibles, mutilantes, etc., de diagnostic d'autant plus délicat que s'affirme leur tendance monosymptomatique.

Il y a enfin des formes fébriles, dont nos 3^e et 5^e observations fournissent des exemples intéressants.

TRAITEMENT

Le traitement spécifique de l'acrodynie ne paraît pas encore trouvé.

Le traitement symptomatique lui-même est souvent décevant, l'insomnie, le prurit, les sueurs, résistant notamment — dans bien des cas — aux médications les plus énergiques.

Sous cette réserve, nous pouvons citer, comme rendant d'incontestables services :

— *Les pâtes antiprurigineuses*, le prurit entraînant d'ailleurs des lésions de grattage capables de s'infecter (Obs. I) :

Pâtes camphrées (Rocaz) ;
pâte de MM. Nobécourt et Pichon ;
pommade au métatitane (qui a nettement atténué les démangeaisons d'Henri).

— *Les agents anti-infectieux* :

quinine ;

urotropine (Péhu) ;

salicylate de soude (Rocaz) ;

l'abcès de fixation, dans les cas fébriles (l'ou-

verture de l'abcès de fixation provoqué chez Michelle a été suivi de la défervescence progressive de la température, dont le retour au degré normal a coïncidé avec la disparition de tous les symptômes).

— *L'atropine, la génatropine, l'acétylcholine*, comme anhidrotiques. MM. Lelong et Odinet, puis Nobécourt et Kaplan ont même obtenu avec les injections d'acétylcholine de véritables guérisons anticipées. — Résultats confirmés tout récemment par Mourrut, de Béziers. L'acétylcholine a, en tout cas, réussi à supprimer les sueurs pendant quatre jours chez Henri (Obs. I). — La génatropine a bien diminué les sueurs de Georges (Obs. II) ; elle a paru sans action sur celles d'Henri, tout en calmant ses douleurs abdominales.

— *Le tartrate d'ergotamine*, contre les troubles sympathicotoniques (Debré).

— *Le gardénal*, contre les troubles nerveux et particulièrement l'insomnie : toutefois, le gardénal s'est montré sans efficacité sur l'insomnie de Michelle (Obs. III) et d'Henri (Obs. I). Tout au plus, dans ce dernier cas, a-t-il permis un repos léger vers le matin, à la dose élevée de sept centigrammes.

— *L'opium à petite dose*, dans le même but (Debré).

— *La désinfection soignée de la peau et des muqueu-*

ses : les lotions alcoolisées, l'eau de Cologne, l'eau iodée, en particulier, nous ayant paru d'une bonne pratique pour éviter les infections cutanées tenaces et récidivantes.

— *Les rayons U. V.* — Utilisés chez deux de nos petits malades, ils ont paru influencer très favorablement l'état général. Chez Jack, ils ont même donné l'impression de hâter le décours de la maladie. — Ces résultats rejoignent ceux de Sweet et de M. Nobécourt et contredisent absolument ceux de Braithwaite, qui proscriit les rayons U. V. et préconise les rayons infra-rouges.

— *L'adénoïdectomie*, recommandée dans tous les cas par certains médecins américains, a été pratiquée chez Jeannine, où il est juste de dire qu'elle a marqué le début d'une rapide amélioration.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Obligeamment communiquées par le D^r Railliet et publiée dans la Revue française de Pédiatrie, tome VII, 1931. (Il en est de même des observations II et III.)

Appartenant à une famille très bien portante, Henri L..., âgé de 2 ans et demi, a été nourri au biberon et n'a jamais été malade avant la fin de décembre 1929. A ce moment, il aurait éprouvé une peur violente à la vue

d'une locomotive. Le 1^{er} janvier 1930 apparaît une éruption d'impétigo bulleux qui dure une quinzaine de jours. Depuis lors, il perd l'appétit, ne joue plus, n'est plus aimable ni gai; il reste inerte et grognon. Dès la fin de janvier, il accuse constamment des douleurs dans le ventre. Depuis le début, on avait remarqué qu'il avait les pieds glacés, d'un rouge violacé. Puis les extrémités, mains et pieds, se tuméfient et, fin mars environ, se produit à la paume et à la plante une large desquamation lamelleuse. Depuis une quinzaine de jours est survenue une éruption très prurigineuse. Une transpiration généralisée, surtout intense au niveau du tronc, a été notée dès le début de la maladie. Pas de fièvre. Quelques selles défectueuses avec douleurs abdominales avaient retenu d'abord l'attention. Ces douleurs occupent encore le premier plan du tableau clinique lorsque je suis appelé à voir l'enfant le 4 avril 1930. Une radiographie ne dénote rien d'anormal du côté de l'intestin. Mais la baryte, et sans doute aussi la génatropine prescrite, calment les douleurs. Par contre, ce dernier médicament n'a aucune action sur les sueurs.

11 avril. — Je prescris du gardénal dans l'espoir d'atténuer les démangeaisons, surtout violentes aux mains et aux pieds, qui empêchent tout sommeil.

19 avril. — La transpiration persiste, généralisée. L'enfant se gratte et s'épluche sans arrêt les mains et les pieds dont les doigts sont légèrement boudinés. La rougeur diffuse aux paumes et aux plantes se continue sur le

bord et le dos des quatre extrémités par une éruption maculeuse rose dont les éléments s'espacent de plus en plus. Le tronc est le siège d'une éruption d'apparence plus miliaire que scarlatinoïde qui correspond à une ceinture de flanelle appliquée des aines aux aisselles; on y distingue de petites papules pour la plupart péripilaires dont l'extrémité est parfois cornée. Les genoux présentent quelques éléments analogues. L'insomnie due, semble-t-il, aux démangeaisons persiste, rebelle à cinq centigrammes de gardénal.

Le petit malade est sans forces, il se laisse aller; depuis un mois il ne tient plus sur ses jambes et refuse même de rester assis. Anorexie, langue saburrale, constipation. Pouls à 140. Température entre 36,2° et 37,5°, le plus souvent inférieure à 37°. Nombreux et volumineux ganglions inguinaux et cervicaux.

22 avril. — L'éruption s'éteint. Les transpirations persistent. L'enfant geint sans cesse et tousse. Il se tient un peu mieux sur les jambes, mais néanmoins fléchit vite; la tête reste droite. Insomnie absolue. Pieds et mains, moins rouges, desquament encore. Les démangeaisons ont été atténuées par la pommade au métatitane. Pouls à 148. Tension artérielle (Lian) : $Mx = 1/2$. La Mn est difficile à préciser, car on perçoit des bruits assourdis jusqu'au 0.

26 avril. — Examen de sang (M^{11e} Pillement) :

Globules rouges 4.190.000

Globules blancs	9.400
Hémoglobine	60 p. 100
Polynucléaires neutrophiles....	55
Polynucléaires éovino-philes....	1
Grands mononucléaires.....	27
Moyens mononucléaires.....	13
Lymphocytes	2
Myélocytes	2

Insomnie complète. Transpirations de plus en plus profuses. L'enfant frotte continuellement les mains avec sa chemise ou son mouchoir. Quelques pustules aux doigts de la main gauche.

9 mai. — L'acécoline à dose d'un centigramme par jour a supprimé les transpirations pendant trois ou quatre jours seulement. L'éruption reprend. Traces de grattage dans le dos et sur la face. La desquamation continue aux pieds; les mains sont améliorées, mais l'enfant les frictionne sans cesse. Plus gai depuis deux jours, celui-ci se plaint à nouveau du ventre et présente de l'aérocolie.

Hier, à trois reprises, il a inquiété l'entourage parce que, durant cinq minutes chaque fois, il avait eu le regard fixe avec déviation de l'œil.

17 mai. — L'insomnie, toujours tenace, résiste à sept centigrammes de gardénal; cependant l'enfant s'endort

un peu vers le matin. Il continue à s'éplucher les mains et les pieds; les mains sont encore boudinées et rougeâtres; les pieds sont presque normaux, à part une discrète desquamation. Douleurs abdominales, diarrhée; incontinence d'urines. L'appétit revient. Amygdalite cryptique bénigne. Enrouement, toux légère. Suppuration auriculaire. Suppuration conjonctivale sans photophobie. Hématomes sous-épidermiques du pouce et à l'index. Chute de l'ongle du troisième orteil droit. Quelques pustules à la face et aux mains; ulcération à la pointe de la langue. Apyrexie.

31 mai. — De plus en plus agité la nuit. Insomnie totale. Devient méchant. Ne veut voir personne ou crie. Cependant, il commence à marcher sans se plaindre des pieds. Démangeaisons intenses sur le tronc où se voient des traces de grattage; moins vives aux pieds et aux mains. Phlyctène sur le gros orteil gauche. Il y a eu des phlyctènes sur la plupart des doigts, aux phalanges particulièrement et surtout à la pulpe. Petites ulcérations sur les bords de la langue. Tendance à l'intertrigo inguinal. Sueurs moindres. Toux grasse. Rien à l'auscultation. Pouls à 140. Réclame toujours à boire : on lui donne deux litres par jour. Pollakiurie et polyurie.

12 juin. — Mieux général. Dort un peu. Diminution de l'éruption et du prurit. Cause sans arrêt.

Analyse d'urines (M. Crombée) : 1 gr. 16 d'albu-

mine; traces nettes de pseudo-albumine; traces très faibles d'acétone et d'acide diacétique.

17 juin. — Incision d'un adénophlegmon de l'aisselle gauche.

1^{er} juillet. — Il dort depuis quatre nuits et commence à jouer; il est plus gai. Abscess du sein gauche. Une bulle à la main gauche. Desquamation des genoux et des cuisses. Présence d'albumine.

25 juillet. — Va beaucoup mieux. Suppurations, éruptions et prurit sont terminés. Transpirations abondantes. Un simple liseré de desquamation sur les bords des pieds; mains encore rougeaudes. Sommeil encore irrégulier : se réveille cinq ou six fois chaque nuit. Etat saburral. Se plaint à nouveau de l'hypogastre : pousse pour uriner.

2 septembre. — Gai, joue; dort bien. Boit moins. Se plaint encore du ventre : sept à huit selles noirâtres, floconneuses, glaireuses. Ecthyma sur toute la moitié inférieure du corps.

4 octobre. — Appelé de nouveau pour persistance des troubles intestinaux, je constate que l'enfant présente encore deux furoncles dans le dos. Après quelques instants de marche, les jambes fléchissent à demi et il reste à demi accroupi. Les réflexes patellaires sont extrêmement faibles. Il mange peu et son poids est resté stationnaire (13 kgs) depuis deux mois.

18 octobre. — *Examen électrique* (D^r Nicolle). — L'excitation aux points moteurs des muscles et des nerfs des membres inférieurs ne dénote aucune réactions anormale. Le seuil de l'excitabilité au galvanique et au faradique est compris dans les limites moyennes, sans lenteur de la secousse ou inversion polaire.

18 décembre. — A la suite d'un traitement par les rayons U. V., l'enfant marche bien et ne tombe plus. Il commence une rougëole qui évolue sans incident.

OBSERAVATION II

Georges C..., âgé de 3 ans, de Chaumuzy. Les parents, bien portants, ont eu sept enfants dont un seul est mort, à un mois, porteur d'un *spina bifida*. Tous jouissent d'une bonne santé. Lui-même n'a jamais rien eu jusqu'à la fin de février 1930. A ce moment, il présente des signes d'embarras gastrique, de la diarrhée pendant une dizaine de jours, de l'anorexie. Alors apparaissent sur la tête des « clous de sang ». Puis il ne tient plus sur ses jambes et sa tête devient branlante. Il faut le faire manger de force. L'insomnie s'installe, absolue, de jour et de nuit. En mai, à la suite de bains salés survient une éruption généralisée, bientôt suivie de sueurs.

Examen le 11 juin 1930. — Grognon et exigeant de sa nature, l'enfant l'est bien davantage depuis le début de la maladie; il devient méchant. Il grimace, cligne les

yeux — il y a eu un peu de photophobie sans signes de conjonctivite. Les réflexes patellaires sont abolis. L'insomnie est absolue — quoiqu'il dorme à fond au cours de la consultation; la nuit se passe à lui donner à boire, ce qu'il réclame sans cesse. Il urine beaucoup mais est constipé. Sueurs très abondantes. Eruption plus intense sur le tronc que sur les membres, évoquant à la fois une scarlatine en voie d'extinction et une phthiriasis ancienne. Bulle ulcérée sur l'annulaire gauche. Acroérythrose depuis deux mois portant sur les mains, les pieds et le nez. Actuellement, desquamation à la paume, à la plante et sur les bords des mains et des pieds. L'enfant « se plume » pendant des heures; durant ce temps, il ne grogne ni ne remue. Le nez rouge a desquamé. Prurit marqué : il faut lui frotter le dos. Tension artérielle : Mx=15; Mn impossible à prendre en raison des protestations du malade. Pouls 140 au calme. Bronchite généralisée.

Vers le 14 juillet, il commence à courir à quatre pattes; puis il se tient aux chaises. Il va de mieux en mieux depuis cette date.

En décembre, le pouls est à 84. L'enfant reste coléreux et capricieux. La génatropine a bien diminué les sueurs. Par contre le gardénal s'est montré sans efficacité sur l'insomnie.

OBSERVATION III

Michelle Q..., 4 ans, appartient à une famille de trois

enfants. Vers le 25 janvier 1930, un de ses frères présente une éruption apyrétique qui traîne une quinzaine de jours et rappelle la cinquième maladie.

Elle-même, qui relève d'une varicelle et qui est en cours de coqueluche, est prise le 8 février d'une éruption rouge à la face. La température qui, la veille, était de $38,4^{\circ}$, atteint ce jour $38,5^{\circ}$ et $38,8^{\circ}$. — Le 9, angine blanche avec énanthème étendu. Température 39° et 40° . — Le 10, éruption limitée à la face et aux membres; démangeaisons vives aux plantes et aux paumes. Température $39,2^{\circ}$ et $39,5^{\circ}$. — Le 11, éruption morbilliforme généralisée intense, papuleuse, confluyente aux membres et surtout aux extrémités qui sont le siège d'un prurit très vif. Catarrhe oculaire avec légère photophobie. Pouls rapide. Température $38,8^{\circ}$, $39,3^{\circ}$. — Le 12, l'exanthème s'aggrave; sur la poitrine, les éléments éruptifs prennent une teinte cyanotique. Température $39,6^{\circ}$. Pouls à 140, assez bien frappé. Foyer de râles fins au sommet droit. Le soir, pouls à 140, respiration 44, température $39,8^{\circ}$. Une bulle apparaît sur l'oreille gauche. L'enfant réclame qu'on lui touche sans cesse les pieds et les mains. — Le 13, la peau est gaufrée; l'épiderme se soulève, surtout aux bras, prenant par places l'aspect de peau de crapaud. Température $39,2^{\circ}$, $38,8^{\circ}$. Abscès de fixation. — Le 14, extrémités rouges, douloureuses, « succulentes ». Le front se pigmente en brun, la face est rouge; entre les deux subsiste un espace de peau saine. D'humeur difficile en bonne santé, l'enfant est extrêmement grognon, méchante même, si l'on essaye de la tirer de l'immobilité qu'elle garde dans son lit, en chien de

fusil. Température 39°, 39,8°. Une hémoculture est pratiquée, qui restera négative. — Le 15, état stationnaire. Température 38,6°, 39,9°. — Le 16, après une très bonne nuit, baisse brusque de la température à 37,7°. L'enfant joue et désire manger. 38,9° le soir. — Le 17, l'éruption s'atténue franchement, même aux extrémités. L'abcès de fixation prend. Température 38,2°, 39,3°. — Le 18, desquamation intense : la malade fait peau neuve. L'éruption cuivrée, ridée prend, selon les endroits, l'aspect de syphilides circinées, de lichen aigu ou d'eczéma aigu en voie d'atténuation et de brunissement. Température 38°, 38,9°. — Le 19, température 37,1°, 38,2°. — Le 20, mains macérées de lessiveuse; les plantes se plissent de même. Température 37°, 37,9°. — Le 22, sous la large desquamation, l'éruption transparait en rose. — Le 26, incision de l'abcès de fixation. — Le 28, transpiration abondante depuis 5 jours. De nouveau, conjonctivite. — Le 6 mars, la conjonctivite est guérie. Face nette. Peau encore macérée sur le bord des pieds. L'éruption persiste en rose sur la plupart des parties desquamées, contrastant avec la teinte brune de l'épiderme non desquamé, surtout au niveau de l'abdomen. Tension artérielle : Mx = 12, Mn = 7. Pouls 120. Depuis le 24, la température se tient entre 37° et 37,8° au maximum. — 4 avril. Congestion facile de la face; la peau rougit au moindre attouchement. Les jambes restent cyanosées alors qu'elles étaient mates avant la maladie. La pigmentation persiste sur tout le corps à l'exclusion de la face. Les mains et les pieds sont très sensibles; la peau y est fine et rose; la transpiration est constante alors que jamais aupa-

ravant l'enfant ne transpirait. La sensibilité semble d'ailleurs s'améliorer. Desquamation abondante au niveau du cuir chevelu, sans chute des cheveux. L'enfant va très bien; elle mange mieux et a beaucoup engraisé. Toutefois elle conserve un caractère irritable et grognon. Le poulx reste autour de 115. — Le 28 octobre, très bonne santé générale. La pigmentation persiste nettement, quoique un peu atténuée. Le poulx se maintient à 118. — En mars 1931, la pigmentation, qui tend à s'effacer cependant, se voit encore sur les flancs, en plages inégales rappelant l'aspect du *pityriasis versicolor*.

OBSERVATION IV

Inédite.

*Recueillie grâce à l'obligeance du D^r Barraud,
de Reims, médecin traitant.*

Marcelle L..., âgée de 22 mois, de Saint-Brice. Parents bien portants; à l'époque où Marcelle fut procréée, cependant, son père faisait une néphrite hématurique. Sœur aînée bien portante, mais sujette aux engelures, comme deux des oncles.

Née malingre, nourrie au lait de vache, traitée au sérum de Quinton. — Au mois d'octobre 1926, entérite avec dénutrition prononcée : l'enfant se plaint continuellement du ventre (douleur diffuse) et remet sept à dix selles fétides par jour. En outre, prolapsus du rectum, qui saignote (faiblesse musculaire congénitale? défaut de déve-

loppement osseux?). Amaigrissement énorme. Les cuisses, les mollets « fondent » très rapidement; l'enfant ne parvient plus à se tenir sur ses jambes (auparavant, elle marchait normalement).

Poussée albuminurique, avec état convulsif accentué; amorce de Kernig. L'enfant refuse obstinément les bains (cris, chute...). Elle est de plus en plus nerveuse, exigeante, impatiente; ne tolère pas qu'on parle à haute voix, qu'on remue les chaises; ne consent à demeurer que dans une chambre obscure (photophobie), refuse d'absorber quoi que ce soit (anorexie complète) ne dort pas (insomnie à la fois diurne et nocturne), transpire abondamment. — Ses extrémités se sont peu à peu tuméfiées; elles sont le siège de cuissons, à en juger par la frénésie avec laquelle l'enfant les frictionne, les frotte l'une avec l'autre et par le soin qu'elle prend de les appliquer contre tout ce qui est froid (littres, pavé, etc.). Bientôt, elle prend même l'habitude de baigner ses mains dans une cuvette d'eau froide pendant des heures.

Une éruption apparaît, presque généralisée, plus marquée aux mains avec, par places, de véritables papules acuminées et des vésicules qui s'ouvrent au grattage (surtout dans le dos). Car le prurit est extrême et l'enfant « se gratte à sang ». Par contre, le moindre frôlement lui arrache des cris (hyperesthésie cutanée).

La maladie évolua ainsi pendant près d'un an, sans élévation de température. — Dans les trois derniers mois, desquamation énorme, par grands lambeaux épais, surtout prononcée aux mains et aux pieds : le pourtour des ongles

était entourée de larges franges d'épiderme, et l'enfant détachait elle-même, sur ses avant-bras, de larges squames.

Convalescence marquée par la persistance de l'albuminurie (autour de 3 gr. 50). — Fait important, l'enfant (elle a aujourd'hui 9 ans) est restée sujette aux poussées albuminuriques, survenant aux moindres écarts de régime.

OBSERVATION V

Inédite. — Même source (cf. Obs. IV)

Jeannine M..., âgée de 4 mois. Parents bien portants. — Pendant les six premiers mois de sa grossesse, la mère avait dû garder le lit (vomissements graves, fatigue extrême). — Nourrie au sein. — A six semaines, petite bronchite; quelques convulsions. — A 3 mois, allaitement mixte : le lait condensé, utilisé, ne semble pas bien toléré par l'enfant. — A 3 mois et demi : entérite rebelle, au sujet de laquelle de D^r Barraud est appelé pour la première fois. — Vers 4 mois : apparition de troubles des extrémités; vésicules très petites, très serrées, couvrant la face dorsale des doigts, des mains, des avant-bras (2/3 inférieurs), des orteils. L'enfant se plaint, paraissant ressentir des sensations pénibles au niveau des régions atteintes par l'éruption. Elle transpire beaucoup. — Quoique continuant à boire normalement, elle maigrit. La tête rentrée dans les épaules, elle paraît absente, hagarde, dans les moments où elle ne geint pas. — Sevrée définitivement, elle est alors soumise au lait frais, au sérum marin et aux frictions de gambéol. — A 5 mois et demi : les petites

vésicules ont fait place à une teinte violacée très foncée (surtout aux orteils, qui sont presque noirs), empruntant la même topographie mais atteignant aussi la face. Seules, deux petites plages d'un blanc livide se montrent par intermittences aux pommettes. Les doigts, les mains et les 2/3 inférieurs des avant-bras sont œdématisés; les orteils, par contre, ne le sont point. Enfin, les mains et les pieds sont absolument glacés au toucher; c'est ainsi qu'à la limite de l'œdème des avant-bras, on passe d'une sensation tactile chaude à une sensation tactile très froide. — L'enfant crie nuit et jour, crispe ses doigts, paraissant être en proie, non seulement à des démangeaisons (il faut lui attacher les mains pour éviter qu'elle ne s'arrache la peau), mais à de véritables coups de fouet qui la font se pâmer de douleur. — Elle se tient continuellement à plat ventre, ou bien, faisant le dos rond, s'arc-boute sur les genoux. — Son corps est ruisselant de sueurs; il faut changer son oreiller trois ou quatre fois par nuit, son linge de corps plus souvent encore. L'insomnie est intense, de jour et de nuit. L'enfant réclame sans cesse à boire. — La température est très instable : tantôt elle fléchit à 35°, tantôt elle atteint 39° ou 39,5°. — L'enfant est très constipée : la magnésie seule la relâche provisoirement. Son nez coule beaucoup. — A 6 mois et demi : nouvel épisode diarrhéique et nouvelle perte consécutive de poids. — A 7 mois et demi (2° semaine de juillet) : après avoir pâli légèrement, l'érythème des extrémités s'intensifie de plus belle, et la recrudescence de tous les symptômes confère une allure grave au tableau clinique. La température dépasse souvent 39°. L'enfant tousse, vomit, crie toujours, transpire abondamment, ne peut prendre

de sommeil. — La photophobie, légère jusque-là, devient intense. Les yeux sont noyés de larmes, et obligent à laisser l'enfant dans l'obscurité absolue; bientôt, même, elle cesse de les ouvrir. — Les ongles, cassants, friables, restent dans la serviette. — L'enfant urine abondamment. — Une cure de rayons U. V., envisagée, est jugée dangereuse, étant donné l'intensité des troubles nerveux (état quasi-convulsivant). Des injections de sulfarsénol, alternées avec des frictions de gambéol, sont commencées. — A 10 mois, nouvelle perte de poids. Une analyse d'urine ne décele ni sucre, ni albumine. — A 13 mois : bronchite, convulsions. — A 14 mois et demi, coqueluche. Après des alternatives diverses, les symptômes précédents se sont légèrement atténués mais persistent. Il n'y a plus de vomissements et la température est normale. — A 15 mois, grosse poussée d'amygdalite et d'adénoïdite; accès de faux croup. — Trois semaines après (14 avril 1931), l'ablation des amygdales et des végétations est pratiquée; elle marque le début d'une amélioration extrêmement rapide. L'enfant reprend près d'un kilo en un mois. Ses ongles repoussent vigoureux. Les extrémités guérissent; elles sont le siège (doigts et orteils) d'une desquamation très fine, furfuracée. L'insomnie, les sueurs rétrocedent; l'enfant s'essaie à marcher. — A 16 mois, soit en mai 1931, l'enfant peut être considérée comme guérie. Vaccinée le 11 mai, elle fait cependant encore une grosse crise convulsive trois jours après.

Chaque hiver, depuis sa maladie, les extrémités, les lèvres se cyanosent, se tuméfient et se refroidissent sensiblement, avec sensation de prurit; les jambes tendent de nouveau à ne plus supporter le poids de l'enfant, qui montre

un état de faiblesse insolite (lipothymies). Il en fut encore ainsi pendant l'hiver 1933-1934. Puis tout s'arrange au printemps suivant.

OBSERVATION VI

Inédite.

*Recueillie grâce à l'obligeance du D^r Eszra, d'Epernay,
médecin traitant.*

Jack A..., âgé de 23 mois. — Parents bien portants. Nourri au sein pendant deux mois, puis au lait stérilisé. Dans les derniers jours de décembre 1933, il fait une bronchite légère, qui guérit. Dès la semaine suivante, la maman remarque que l'enfant est abattu, qu'il ne joue plus, qu'il insiste toujours pour être assis. Lorsque le D^r Eszra est appelé (3 ou 4 février), l'état de l'enfant est le suivant : il ne marche plus et, lorsqu'on le dresse sur ses pieds, il chancelle. Il est morne, indifférent à tout ce qui l'entoure; pas méchant cependant. — Ses doigts et ses orteils sont tuméfiés, boudinés, mais conservent leur coloration normale. Il ne paraît pas ressentir de douleurs très vives, mais plutôt des démangeaisons : il frotte obstinément ses mains contre tout ce qui est rugueux, pleure d'agacement; il aime aussi à les appliquer contre tout ce qui est froid, à les tremper dans l'eau froide.

Il s'agite et geint toute la nuit. S'il dort un peu, c'est

dans la journée. Transpirations absolument profuses Pas d'élévation de température.

Une éruption morbilliforme, généralisée mais respectant la face, débute le 9 février et disparaît vers le 13 ou 14 février. La température est restée normale. Les pieds et les mains (surtout les mains) desquament abondamment, par larges et épais lambeaux.

Une cure de rayons U. V. est commencée le 15 février ; elle amène une atténuation remarquable de tous les symptômes. — Le 15 mars (fin du traitement), seules les sueurs et la desquamation rappellent encore le tableau antérieur. — Le 8 avril, la guérison est totale.

CONCLUSIONS

Etant donné l'ignorance où demeurent certains praticiens des signes distinctifs de l'affection, les six observations que nous avons recueillies ne représentent vraisemblablement qu'une partie du tribut payé par la région de Reims à l'acrodynie infantile, depuis huit ans; présomption qui renforce la première des conclusions suivantes, auxquelles nous nous arrêtons :

1° L'acrodynie infantile n'est pas une maladie exceptionnelle, et tout praticien, étant susceptible de la rencontrer, doit savoir la reconnaître;

2° Toutes nos observations, sauf une, s'identifient à la forme réputée classique, que nous avons prise comme type de description. Pour l'établissement du diagnostic, cette forme classique s'avère donc bien le meilleur des critères;

3° Certains cas indiscutables s'accompagnent d'une fièvre élevée (Obs. III) ou d'oscillations thermiques (Obs. V) qu'aucune complication n'explique et persistant pendant toute la durée de la maladie. Ce fait ôte un argument de poids aux cliniciens qui nient encore l'origine infectieuse de l'acrodynie;

4° De toutes les méthodes de traitement que nous avons vu expérimenter, la cure des rayons U. V. nous apparaît comme la moins décevante. Elle n'a peut-être pas hâté la guérison de ceux de nos petits malades auxquels elle fut ordonnée, mais elle a semblé toujours, en les tonifiant, accroître leur capacité de résistance. Résultat appréciable lorsqu'il s'agit d'une affection, telle l'acrodynie, qui guérit ordinairement d'elle-même.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

LEREBoullet

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

Nota. — Pour toutes les publications antérieures à 1930, se reporter à la bibliographie de l'ouvrage de M. Ch. Rocaz, paru à la « Pratique médicale illustrée » (Editions Doin, 1932).

G. Ph. Bellocq-R. Meyer : Etude clinique et anatomo-pathologique d'une forme grave d'acrodynie. (*Revue française de Pédiatrie*, n° 4, 1932.)

Blechmann-Montlaur : A propos de l'acrodynie infantile. (*Revue française de Pédiatrie*, tome VIII, n° 3, 1932. Société de Pédiatrie, Paris, séance du 24 mai 1932.)

G. Blechmann-H. Montlaur et M^{lle} A. Leconte : Acrodynie infantile et intradermo-réactions. (*III^e Congrès international de Pédiatrie, Londres, 20-22 juillet 1933. In : Presse médicale*, n° 66, 19 août 1933, résumé.)

J. M. Braithwoute : On a etiology and treatment of pink disease. (*Archives Dis. Childbood*, 8 : I-16, Feb. 1933.)

Charleux G. : Sur un cas d'acrodynie infantile. (*Journ. de Méd. de Lyon*, 5 avril 1931, n° 270).

J. A. Chavany : Un cas d'acrodynie. (*Presse Médicale*, n° 95; 26 novembre 1932.)

Debré-Cleret : Acrodynie infantile à forme mutilante récidive au bout de sept ans, sequelles psychiques et vaso-

motrices. (*Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 9 avril 1932. In : *Revue de Pédiatrie*, tome VIII, n° 3, 1932.)

Debré-Cleret : Acrodynie infantile à forme mutilante. Récidive d'acrodynie après sept années d'intervalle. Séquelles psychiques et vaso-motrices. (*Pédiatrie*, novembre 1932¹.)

Diesbecq : Deux cas d'acrodynie. (*Journal de Méd. de Lille*, n° 6, mars 1933, B.)

L. Frappereau : Un cas d'acrodynie infantile à forme photophobique. (*La Pédiatrie pratique*, n° 708, 15 octobre 1930.)

R. Flament : A propos d'un cas d'acrodynie infantile. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 10 janvier 1932.)

Gautier-Audéoud : Trois cas d'acrodynie infantile. (*Revue Méd. de la Suisse Romande*. An. LIII, n° 3, 10 mars 1933.)

Gillot, Machuel : L'acrodynie infantile à Alger. (*Société de Médecine d'Alger*, séance du 24 juin 1932. In : *Algérie Méd.*, janvier 1933.)

Girard : Un cas picard d'acrodynie infantile. — Discussion de l'origine glandulaire ou encéphalitique. (*Gazette Méd. de Picardie*, n° 91, novembre 1930, p. 395.)

Girard : Acrodynie infantile. — Discussion de l'origine glandulaire ou encéphalitique. (*Progrès Méd.*, n° 9, 28 février 1931, p. 389.)

Janet et M^{lle} Huguet : Un cas d'acrodynie infantile avec

1. Dessert-Grand-Tessier : Cinq cas d'acrodynie. (Soc. des Sciences Médicales de Gannat. Séance du 6 février 1933. In : *Le Centre-Méd.*, n° 3, mars 1933.)

précocité et longue durée des troubles oculaires. (*Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 18 octobre 1932. *Revue Française de Pédiatrie*, tome VIII, n° 5, 1932.)

H. Janet, Pierre Volléry, Radot et M^{lle} Huguet : Deux cas d'acrodynie traités par l'acétylcholine. (*Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 20 décembre 1932. In : *Revue française de Pédiatrie*, tome IX, n° 1, 1933.)

Ledoux : L'acrodynie infantile. (*Revue Méd. de la Franche-Comté*, mars 1930.)

E. Leenhardt et Chaptal L. : Encéphalite et acrodynie infantile. (*Pédiatr.*, juillet 1931, p. 174.)

Leenhardt, Chaptal J. et Henriot P. : Acrodynie infantile au cours d'une encéphalite aiguë. (*Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 27 juin 1930.)

Leenhardt, Chaptal et Dufoix : Acrodynie au cours de trois cas de poliomyélite antérieure aiguë. (*Arch. de la Soc. de Méd. et de Biol. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, 12^e année, fasc. 1, janvier 1931, p. 57.)

Lavirotte : Contribution à l'étude du syndrome acrodynique. Syndrome de dystonie neuro-végétative due à un virus neurotrone. (*Thèse de Lyon*, 1930-1931.)

P. Lereboullet, Harvier, Guillaume et Carrien : « Sympathique et Glandes endocrines ». (In : *Traité de pathologie médicale*, par Sergent, vol. IX.)

P. Lereboullet : Acrodynie infantile. (*Gazette des Hôp.*, n° 40, 18 mai 1932.)

Lemeillet : Acrodynie de l'adulte. Ses rapports avec l'acrodynie infantile. Sa nature. (*Thèse de Bordeaux*, 1929-1930.)

Mouriquand, Desallian et J. Savoye : Sur un cas fruste d'acrodynie infantile. (*Pédiatr.*, juillet 1931, p. 180.)

Meyer zu Hörste : Ein eigenartiger Verlauf der Feerschen krankheit Rückfall oder Yenerkrankung. (*Klin Wochenschrift* 10 : 28-29, 3 janvier 1931.)

Nobécourt : Sur quelques formes cliniques de l'acrodynie infantile. (*Journal des Praticiens*, 23 janvier 1932.)

Nobécourt, Hagueneau, Gouyen et Ducas : Trois nouveaux cas d'infection neurotrope chez l'enfant. (*Société de Pédiatrie de Paris*, séance du 20 mars 1934.)

Nobécourt : Sur quelques formes cliniques de l'acrodynie infantile. (*Pédiatrie Pratique*, 5 mai 1932.)

Péhu : Symptômes et traitement de l'acrodynie infantile. (*La Médecine*, n° 2, août 1933.)

Péhu et Paul Girard : Sur un cas d'acrodynie à forme atténuée. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 18 novembre 1930.)

Péhu et M^{lle} Lambert : Acrodynie à forme atténuée chez un nourrisson de 13 mois. (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 21 avril 1931.)

Péhu et Girard Paul : Sur un cas d'acrodynie à forme atténuée. (*Pédiatrie*, janvier 1931, p. 10.)

Péhu et Lambert : Acrodynie à forme atténuée chez un nourrisson de 13 mois. (*Pédiatrie*, n° 12, décembre 1931.)

E. Pichon : Acrodynie infantile. (*Le Concours Médical*, n° 33, 14 août 1932, p. 2424.)

Porez : Un nouveau cas d'acrodynie infantile dans le Nord. (*Pédiatrie Pratique*, 25 décembre 1930.)

Porez et Lekieffre : Un nouveau cas d'acrodynie infantile dans la région du Nord. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 15, p. 330, 9 avril 1931.)

- G. Railliet : Trois cas d'acrodynie infantile. (*Rev. franç. de Pédiatrie*, 7 : 381-389, 1931.)
- Reitschel : Pathogénie de la maladie de Feer. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 99, 6 mai 1932, *La Presse Médicale*, 21 septembre 1932.)
- Rocaz : Acrodynie infantile avec encéphalo-myélite terminale. (*Pédiatrie*, avril 1930.)
- Rocaz : Symptomatologie de l'acrodynie infantile. (*Les Sciences Médicales*, 28 février 1933.)
- H. Rothman : Diagnosis and treatment of vegetative neuroses. (*Ztschr of arztl. Fortbild.* 28 : 387-390, 15 june 1931.)
- M. Schachter : L'Étio-pathogénie et le traitement de l'acrodynie ou maladie de Swift-Feer. (*Journal de Médecine de Paris*, n° 43, 26 octobre 1933.)
- M. Serval de Cosmi : Acrodynie infantile. (*Thèse de Paris*, 1930.)
- R. Turquety : L'acrodynie infantile. (*Journ. des Praticiens*, n° 2, 15 mars 1930, p. 660-666.)
- W. G. Wyllie, R. O. Stern : Pinck disease, its morbid anatomy with note on treatment. (*Archives Dis. Childhood*, 6 : 137-156, june 1931.)

